



特定医療費（指定難病）医療受給者証返還届

令和 年 月 日

兵庫県知事 様

〒

届出者 住所 _____

フリガナ
氏名 _____

受給者との続柄 ()

電話 _____

下記の理由により、受給者証を返還します。

記

公費負担者番号	5	4	2	8				受給者番号						
フリガナ 受給者 氏名														
受給者 住所	〒													
返 還 理 由	1 県外転出 → 転出先 (都・道・府・県・市)													
	2 病気の治ゆ													
	3 死亡により資格を失ったとき 令和 年 月 日死亡													
	4 その他 ()													
備 考														

(記入上の注意)

- 自己負担上限額管理票は返還しないでください。
- 既に、有効期間の過ぎた受給者証の返還については、この様式の添付は不要です。